

SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD MATKĄ I DZIECKIEM W POZNANIU
ul. B. Kryśewicza7/8, 61-825 Poznań

Specyfikacja

istotnych warunków konkursu ofert na świadczenia
zdrowotne wszczętego zarządzeniem Dyrekcji SZOZnMiD
w Poznaniu nr DN – 021 – 3 – 11/17
przewidywany okres realizacji zamawianych świadczeń zdrowotnych : 3 lata

SZOZnMiD w Poznaniu

2017-05-17

Zamówienie realizowane w oparciu o art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zmianami).
Niniejsza specyfikacja stanowi załącznik do Zarządzenia Dyrekcji SZOZnMiD w Poznaniu nr DN – 021 – 3 – 11/17

Radca Prawny

Ewelina Jeglikowska

1 SPIS TREŚCI

2	Udzielający Zamówienia	3
3	Przedmiot Zamówienia	3
4	Procedura konkursowa	3
4.1	Przebieg procedury konkursowej	3
4.2	Środki odwoławcze	5
4.2.1	Protest	6
4.2.2	Odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania	6
5	Zasady realizacji zamawianych Świadczeń Zdrowotnych	6
6	Przewidywany termin realizacji zamówienia	6
7	Kryteria oceny przy wyborze oferty	7
7.1	Kryteria oceny ofert	7
7.2	Sposób obliczania wartości punktowej	7
8	Udzielanie wyjaśnień	8

SZCZEGÓŁY KONKURSU

2 UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu zwany dalej „SZOZnMiD w Poznaniu”.

siedziba : ul. Bolesława Krysiwicza 7/8, 61-825 Poznań
telefon: 061 - 850 - 62 - 95
fax.: 061 - 852 - 98 - 06
Regon: 630863147
NIP: 778 - 11 - 28 - 565

3 PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia są świadczenia zdrowotne:

Zakres I Anestezjologia i Intensywna Terapia (Szpital Św. Józefa) – lekarz specjalista II stopnia

Zakres II Anestezjologia i Intensywna Terapia (Szpital Św. Józefa) – lekarz w trakcie specjalizacji

4 PROCEDURA KONKURSOWA

4.1 PRZEBIEG PROCEDURY KONKURSOWEJ

1. Procedura konkursu ofert zostaje wszczęta zarządzeniem Dyrekcji SZOZnMiD w Poznaniu powołującym komisję konkursową oraz ustanawiającym niniejszą specyfikację.
2. Niniejsza specyfikacja stanowi Załącznik do zarządzenia, o którym mowa w ust. 1. i zawiera:
 - a. opis przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
 - b. kryteria oceny ofert,
 - c. warunki, których spełnienia zamawiający wymaga od składających ofertę.
3. Komisja konkursowa zamieszcza ogłoszenie o konkursie ofert na tablicy ogłoszeń w siedzibie SZOZnMiD w Poznaniu, oraz na stronie internetowej zamawiającego, a także na tablicy ogłoszeń Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.
4. W odpowiedzi na ogłoszenie Przyjmujący zamówienie składają oferty:

- 1) Oferta dla danego zakresu powinna być sporządzona w formie pisemnej na **Formularzu Ofertowym**, którego wzór stanowi **Załącznik** do niniejszej specyfikacji.
 - 2) W ofercie, wraz z wypełnionym Formularzem Ofertowym (podpisanym przez osobę uprawnioną) znajdować się powinny:
 - a. kserokopie dyplomów: ukończenia uczelni oraz posiadanych specjalizacji i innych dodatkowych kwalifikacji,
 - b. kserokopia karty szkolenia specjalizacyjnego, jeśli Przyjmujący zamówienie jest w trakcie takiego szkolenia,
 - c. kserokopia zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu,
 - d. kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz oznaczenie organu dokonującego wpisu,
 - e. kserokopia zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON,
 - f. kserokopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG),
 - g. kserokopia dokumentu potwierdzającego nadanie numeru NIP,
 - h. zaświadczenie/orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń będących przedmiotem konkursu,
 - i. aktualna polisa ubezpieczeniowa zawarta w oparciu o ROZPORZĄDZENIE MINISTRA FINANSÓW z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z dnia 30 grudnia 2011 r - Dz.U.2011.293.1729.).
 - 3) Oferta winna być sporządzona w języku polskim.
 - 4) Oferta winna być złożona w zamkniętej kopercie w postaci pisemnej pod rygorem nieważności z napisem:

„Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych 2017–2020 - Anestezjologia i Intensywna Terapia – Szpital Św. Józefa”

oraz opatrzoną nazwą i adresem firmy Przyjmującego zamówienie, w miejscu i czasie określonym w ogłoszeniu.
5. Po terminie wskazanym w ogłoszeniu, jako ostateczny termin składania ofert komisja konkursowa dokonuje otwarcia ofert.
6. Komisja odrzuca ofertę:
- 1) złożoną przez Przyjmującego zamówienie po terminie,
 - 2) zawierającą nieprawdziwe informacje,
 - 3) jeżeli Przyjmujący zamówienie nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń zdrowotnych,
 - 4) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
 - 5) jeżeli Przyjmujący zamówienie złożył ofertę alternatywną,

- 6) jeżeli Przyjmujący zamówienie lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych w niniejszej specyfikacji w ust. 4,
 - 7) złożoną przez Przyjmującego zamówienie, z którym została rozwiązana przez SZOZnMiD w Poznaniu umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie.
7. W przypadku gdy Przyjmujący zamówienie nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, które jednocześnie nie uzasadniają jej odrzucenie, komisja wzywa Przyjmującego zamówienie do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
 8. Dyrektor SZOZnMiD w Poznaniu unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, gdy:
 - 1) nie wpłynęła żadna oferta,
 - 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 9,
 - 3) odrzucono wszystkie oferty,
 - 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą SZOZnMiD w Poznaniu przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,
 - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie pacjentów SZOZnMiD w Poznaniu, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
 9. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.
 10. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, komisja ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania. O rozstrzygnięciu konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert.
 11. Ogłoszenie, o którym mowa w ust. 10, zawiera nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres Przyjmującego zamówienie, który został wybrany.
 12. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie i komisja ulega rozwiązaniu.
 13. Przyjmujący zamówienie jest związany treścią oferty przez okres 30 dni, liczonych od dnia rozstrzygnięcia konkursu.
 14. Z Przyjmującym zamówienie wyłonionym w trybie konkursu ofert SZOZnMiD w Poznaniu zawiera w terminie związania Przyjmującego zamówienie złożoną przez niego ofertą umowę o treści zgodnej z załącznikiem nr 2 do niniejszej specyfikacji na okres **3 lat**.

4.2 ŚRODKI ODWOŁAWCZE

Przyjmującym zamówienie, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez SZOZnMiD w Poznaniu zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przysługują środki odwoławcze i skarga.

4.2.1 PROTEST

- 1) w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, do czasu zakończenia postępowania, Przyjmujący zamówienie może złożyć do komisji umotywowany protest na czynność dokonaną przez komisję w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności,
- 2) do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny,
- 3) komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest,
- 4) protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu,
- 5) informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej SZOZnMiD w Poznaniu,
- 6) w przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

4.2.2 ODWOŁANIE DOTYCZĄCE ROZSTRZYGNĘCIA POSTĘPOWANIA

- 1) Przyjmujący zamówienie biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora SZOZnMiD w Poznaniu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania,
- 2) odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu,
- 3) odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania,
- 4) wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

5 ZASADY REALIZACJI ZAMAWIANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Zasady realizacji zamawianych świadczeń zawarto w projekcie umowy stanowiącym Załączniku nr 2 do niniejszej specyfikacji.

6 PRZEWIDYWANY TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

1. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowiąca przedmiot konkursu zostanie zawarta na okres **3 lat**.
2. Przyjmujący zamówienie musi zapewnić wykonanie świadczeń zdrowotnych w sposób kompleksowy nie później niż **01.06.2017 roku**.

7 KRYTERIA OCENY PRZY WYBORZE OFERTY

7.1 KRYTERIA OCENY OFERT

Przy wyborze oferty Zamawiający kierował się będzie następującymi kryteriami i ich wagami:

Kryterium I - cena usługi waga 85 %

Kryterium II - termin płatności waga 15 %

Ocena ofert zostanie przeprowadzona w oparciu o przedstawione wyżej kryteria oraz ich wagi.

7.2 SPOSÓB OBLICZANIA WARTOŚCI PUNKTOWEJ

1. Wartość punktowa Kryterium I (ceny) będzie wyliczana wg wzoru:

$$\text{Wartość punktowa kryterium I} = W \times \frac{C \text{ min}}{C_n}$$

W - waga ocenianego kryterium

C min - cena minimalna (tj. najniższa z zaoferowanych)

Cn - cena oferowana przez ocenianego Przyjmującego zamówienie

gdzie cena oferowana to suma iloczynów oferowanych cen jednostkowych poszczególnych usług zawartych w formularzu ofertowym i szacowanej przez SZOZnMiD w Poznaniu wielkości realizacji tj. ilości usług/rok, zawartych również w formularzu ofertowym stanowiącym - **Załącznik** do niniejszej specyfikacji.

2. Wartość punktowa Kryterium II wynikać będzie z oceny, jaką członkowie komisji przyznają poszczególnym Przyjmującym zamówienie na podstawie zaoferowanego terminu płatności wg zasad:

- a. 5 punktów przyznane zostanie za termin od 7 do 13 dni,
- b. 10 punktów przyznane zostanie za termin od 14 do 20 dni,
- c. 15 punktów przyznane zostanie za termin od 21 i więcej dni,

ostateczna ocena oferty w Kryterium II wyliczana będzie wg wzoru:

$$\text{Wartość punktowa kryterium II} = W \times \frac{O}{O \text{ max}}$$

W - waga ocenianego kryterium

O max – najwyższa ilość przyznanych punktów

O – ilość punktów przyznanych ocenianemu Przyjmującemu zamówienie

Zastrzeżenie: Oferty z terminem płatności poniżej 7 dni zostaną odrzucone.

8 UDZIELANIE WYJAŚNIEŃ

W terminie do trzech dni przed ostatecznym złożeniem ofert Przyjmujący zamówienie może zwrócić się faxem (fax. 061 852 98 06), pocztą elektroniczną (e-mailem na adres konkursy@szoz.pl) lub pisemnie (zapytania prosimy kierować na adres szpitala do: Działu Zamówień Publicznych) do Udzielającego Zamówienie o wyjaśnienie niniejszej dokumentacji. Udzielający Zamówienie niezwłocznie udzieli odpowiedzi na każde pytanie.

ZAŁĄCZNIKI DO SPECYFIKACJI:

- formularz ofertowy
- wzór umowy

**Z upoważnienia
Dyrektora Naczelnego**

p.o. Z-ca Dyrektora ds. Medycznych


Liliana Karnowska-Nowak
lekarz medycyny

FORMULARZ OFERTOWY

Zakres I: Anestezjologia i Intensywna Terapia (Szpital Św. Józefa)- lekarz specjalista II stopnia

Imię i nazwisko:

Firma, pod jaką jest prowadzona działalność:

Adres firmy:

Kod pocztowy:, miasto:

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej:

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

Regon:, NIP:

DANE KONTAKTOWE:

Adres e-mail:, fax:, telefon kontaktowy:

Oferowane usługi:

Lp.	Nazwa usługi	Stawka oferowana	Szacowana ilość usług/miesiąc/osobę wykonującą brana pod uwagę przy wycenie oferty na potrzeby konkursu	Szacunkowa ilość oferowanych usług /miesiąc
1	Godzina świadczenia usług	.....	120	.....
2	Godzina świadczenia usługi w postaci gotowości pod telefonem	.....	24	.....

Uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli.

Oferowany termin płatności:

..... - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni).

Dodatkowe elementy

Posiadam specjalizację z zakresu: II stopnia Dyplom specjalisty Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi:

.....
Podpis Przyjmującego zamówienie

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

.....
Podpis Przyjmującego zamówienie

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2016 roku poz. 922 ze zmianami) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie koniecznym do prawidłowego prowadzenia postępowania konkursowego oraz w celu ewentualnego zawarcia i realizowania umowy o świadczenie usług medycznych z Specjalistycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu.

.....
Podpis Przyjmującego zamówienie

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 lit. a-c oraz lit. g-i „Specyfikacji warunków konkursu ...” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis

.....
Podpis Przyjmującego zamówienie

FORMULARZ OFERTOWY

Zakres II: Anestezjologia i Intensywna Terapia (Szpital Św. Józefa)- lekarz w trakcie specjalizacji

Imię i nazwisko:

Firma, pod jaką jest prowadzona działalność:

Adres firmy:

Kod pocztowy:, miasto:

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej:

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

Regon:, NIP:

DANE KONTAKTOWE:

Adres e-mail:, fax:, telefon kontaktowy:

Oferowane usługi:

Lp.	Nazwa usługi	Stawka oferowana	Szacowana ilość usług/miesiąc/osobę wykonującą brana pod uwagę przy wycenie oferty na potrzeby konkursu	Szacunkowa ilość oferowanych usług /miesiąc
1	Godzina świadczenia usług	.....	120	.....
2	Godzina świadczenia usługi w postaci gotowości pod telefonem	.....	24	.....

Uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli.

Oferowany termin płatności:

..... - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni).

Dodatkowe elementy

Posiadam specjalizację z zakresu: II stopnia Dyplom specjalisty Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi:

.....
Podpis Przyjmującego zamówienie

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

.....
Podpis Przyjmującego zamówienie

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2016 roku poz. 922 ze zmianami) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie koniecznym do prawidłowego prowadzenia postępowania konkursowego oraz w celu ewentualnego zawarcia i realizowania umowy o świadczenie usług medycznych z Specjalistycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu.

.....
Podpis Przyjmującego zamówienie

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 lit. a-c oraz lit. g-i „Specyfikacji warunków konkursu ...” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis

.....
Podpis Przyjmującego zamówienie

ZAŁĄCZNIK NR 2

do Specyfikacji istotnych warunków konkursu ofert
na świadczenia zdrowotne wszczętego Zarządzeniem
Dyrekcji SZOZnMiD w Poznaniu nr DN – 021 – 3 – 11/17

PROJEKT

UMOWA Nr «NrUmowy»

o świadczenie usług medycznych z zakresu:
ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA

Zawarta w dniu «DataZaw» roku w Poznaniu pomiędzy

Specjalistycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu,

prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000003220, posiadającym numer NIP: 7781128565

przy ul. Krysiewicza 7/8, 61-825 Poznań, reprezentowanym przez:

Dyrektora Naczelnego – Izabelę Grzybowską

zwanym dalej „**Udzielającym zamówienie**”

a

«**NazwaFirmy**»

adres: «Adres», «KodPocztFir» «Miasto»

prowadzącym działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach, wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem ewidencyjnym: «NrRejestrowy», posiadającym numer NIP: «NIP»

zwanym dalej „**Przyjmującym zamówienie**”

na podstawie art. 26 ust. 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 roku poz. 1635 ze zmianami), o następującej treści:

§ 1

Ilekrót w umowie będzie mowa o:

- 1) **Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu** rozumianym jako organizacja wraz z jej wszystkimi strukturami, infrastrukturą i lokalizacjami nazywać się go będzie „**Zespołem**”.
- 2) „**Koordynatorze Miejsca Świadczenia Usług**” rozumieć przez to należy osobę, która koordynuje i nadzoruje całością działalności komórki organizacyjnej **Zespołu**, w której realizowany jest przedmiot niniejszej umowy.
- 3) „**Pacjencie Przyjmującego zamówienie**” rozumieć przez to należy pacjenta na rzecz, którego **Przyjmujący zamówienie** świadczy usługi medyczne w oparciu o niniejszą umowę.

§ 2

1. **Udzielający zamówienie** zleca, a **Przyjmujący zamówienie** przyjmuje zlecenie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA. Szczegółowy zakres świadczeń zamieszczony jest w załączniku do niniejszej umowy zatytułowanym **PRZEDMIOT UMOWY**.
2. Miejscem udzielania ww. świadczeń zdrowotnych jest **Zespół**, lub w szczególnych, uwzględnionych w umowie sytuacjach siedziba **Udzielającego zamówienie**.

§ 3

1. Czynności, o których mowa w § 2 **Przyjmujący zamówienie** wykonuje w **Zespole**, w czasie uzgodnionym z **Koordynatorem Miejsca Świadczenia Usług** i według zasad określonych w załączniku zatytułowanym **ZASADY REALIZACJI USŁUG**.
2. **Przyjmujący zamówienie** wykonuje niniejszą umowę w sposób zapewniający pełną realizację praw pacjenta.
3. Szczegółowy harmonogram świadczenia usług w ramach niniejszej umowy, uzgadniany będzie przez **Koordynatora Miejsca Świadczenia Usług** i **Przyjmującego zamówienie** w nieprzekraczalnym terminie do 28 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc realizacji usług.
4. **Przyjmujący zamówienie** zastrzega sobie prawo do jednej dłuższej przerwy w świadczeniu usług objętych umową nieprzekraczającej 14 dni kalendarzowych w roku. Dodatkowo **Udzielający zamówienia** może uzgodnić z **Przyjmującym zamówienie** większą liczbę przerw w świadczeniu usług.
5. Na czas swojej nieobecności w **Zespole**, w terminie ustalonym zgodnie w ust. 3 **Przyjmujący zamówienie** zapewni zastępstwo.
6. W przypadku zaistnienia okoliczności, o których mowa w ust. 5 na **Przyjmujący zamówienie** spoczywa obowiązek wykazania przed **Udzielającym zamówienie** spełnienia przez podmiot zastępujący wszystkich wymogów przewidzianych niniejszą umową dla **Przyjmującego zamówienie**.

§ 4

1. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, iż jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej na warunkach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z dnia 30 grudnia 2011 r. - Dz.U.2011.293.1729.), kopię formularza polisy ubezpieczeniowej **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się dostarczyć **Udzielającemu zamówienie** najpóźniej w dniu rozpoczęcia wykonywania niniejszej umowy.

Radca Prawny
Ewelina Jeglińska

PROJEKT

2. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wygasa w trakcie obowiązywania umowy **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest dostarczyć kopię nowej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej.
3. Niewypełnienie warunków określonych w ust. 1 nie zwalnia od odpowiedzialności strony umowy w związku z wykonywaniem treści umowy.
4. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, iż świadczy usługi na rzecz ludności i w ramach prowadzonej działalności gospodarczej rozlicza się z odpowiednim Urzędem Skarbowym.
5. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, iż zgłosił swoją działalność w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.
6. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do wykonania na własny koszt i przedłożenia **Udzielającemu zamówienia**, najpóźniej w dniu rozpoczęcia świadczenia usług, aktualnego zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego, iż spełnia on wymagania zdrowotne niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy.
7. W przypadku, gdy zaświadczenie lekarskie stwierdzające, iż spełnia on wymagania zdrowotne niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych, wynikających z niniejszej umowy, wygasa w trakcie obowiązywania umowy **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest dostarczyć kopię nowego zaświadczenia lekarskiego na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniego.
8. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do wykonania na własny koszt i przedłożenia **Udzielającemu zamówienie**, w trakcie trwania umowy, aktualnego zaświadczenia/orzeczenia o ukończeniu szkolenia i uzyskania certyfikatu w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta.
9. W przypadku, gdy **Przyjmujący zamówienie** posiada certyfikat, o którym mowa przekłada go **Udzielającemu zamówienie** najpóźniej w dniu rozpoczęcia świadczenia usług.
10. W przypadku, gdy certyfikat, o którym mowa w ust. 8, traci ważność w trakcie obowiązywania umowy **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest dostarczyć kopię nowego na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniego.

§ 5

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że nie ciąży nad nim wyrok Sądów Powszechnych ani sądów zawodowych, a w chwili zawierania Umowy nie toczy się przeciwko niemu żadne postępowanie przygotowawcze, które mają lub mogą mieć wpływ na możliwość wykonywania niniejszej umowy.

§ 6

1. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że:
 - 1) posiada stosowne kwalifikacje i uprawnienia do świadczenia usług, o których mowa w § 2.
 - 2) spełnia wymogi prawem określone do prowadzenia działalności medycznej jako podmiot gospodarczy.
 - 3) zobowiązuje się do dołożenia należytej staranności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej Umowy.
2. **Przyjmujący zamówienie** ma obowiązek przedstawienia dokumentów potwierdzających prawdziwość oświadczeń wskazanych w ust. 1 pkt. 1 i pkt. 2 powyżej, a ich kopie zostaną dołączone do egzemplarza umowy przeznaczonych dla **Udzielającego zamówienie**.

§ 7

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej według metod i zasad obowiązujących w **Zespole**.
2. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność za szkodę, jaką wyrządzi **Udzielającemu zamówienie** w związku z niewłaściwym sporządzaniem dokumentacji medycznej związanej z realizowanymi przez siebie usługami.
3. Tylko prawidłowo wypełniona dokumentacja pacjenta stanowi podstawę do zapłaty za wykonane usługi.
4. Dokumentacja medyczna pacjentów przechowywana jest w **Zespole**.
5. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do zachowania postanowień załącznika - **ZASADY POWIERZENIA, PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**.

§ 8

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się w trakcie realizacji zamówienia do przestrzegania obowiązujących przepisów prawnych, BHP, przeciwpożarowych, ochrony radiologicznej oraz wewnętrznych regulaminów i zarządzeń, a także procedur związanych z systemem zarządzania jakością, z wyjątkiem ustaleń inaczej uregulowanych w niniejszej umowie.

§ 9

Dla realizacji Umowy **Zespół** zobowiązuje się do dołożenia wszelkich starań by zapewnić **Przyjmującemu zamówienie** pełny i nieodpłatny dostęp do środków i aparatury niezbędnych do wykonywania niezakłóconej działalności w zakresie czynności objętych Umową.

§ 10

1. Za szkodę zawinioną powstałą z nierzetelnego wypełniania postanowień umowy **Przyjmujący zamówienie** odpowiada na zasadach określonych prawem zarówno w stosunku do **Udzielającego zamówienie** jak i osób trzecich.
2. Za szkodę zawinioną powstałą z nierzetelnego wypełniania postanowień umowy **Udzielający zamówienie** odpowiada na zasadach określonych prawem zarówno w stosunku do **Przyjmującego zamówienie** jak i osób trzecich.
3. Ryzyko niezawinione lub bez określonej i udowodnionej winy którejś ze stron z wyłączeniem ust. 1 i 2 z wykonania umowy wobec osób trzecich strony ponoszą solidarnie.

§ 11

1. **Udzielający zamówienie** zastrzega sobie prawo kontroli jakości udzielanych świadczeń.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub organ założycielski **Udzielającego zamówienie** w zakresie obejmującym realizację usług świadczonych w oparciu o niniejszą umowę.

§ 12

1. Niniejsza Umowa zawarta jest na czas określony od «DataRozp» r. do «DataZakon» r.
2. Umowa wygasa, gdy zajdą okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają dalsze wykonywanie Umowy.

§ 13

Umowa może być wypowiedziana przez **Udzielającego zamówienie** ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:

- 1) Rażącego naruszenia przez **Przyjmującego zamówienie** warunków Umowy,

PROJEKT

- 2) Popęlnienia przez **Przyjmującego zamówienie** w czasie trwania Umowy przestępstwa, które uniemożliwia dalszą realizację Umowy, jeżeli zostało ono stwierdzone prawomocnym wyrokiem,
- 3) Utraty przez **Przyjmującego zamówienie** uprawnień koniecznych dla realizacji Umowy.

§ 14

1. Każda ze Stron może rozwiązać niniejszą umowę z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego w przypadku:
 - a) istotnej zmiany zasad finansowania i kontraktowania udzielania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
 - b) istotnej zmiany kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, na podstawie którego finansowane są świadczenia zdrowotne wykonywane na podstawie niniejszej umowy,
 - c) zaistnienia okoliczności które powodują, że wykonywanie niniejszej umowy jest rażąco niekorzystne dla jednej ze Stron,
 - d) zaistnienia innej, porównywalnie istotnej okoliczności; w przypadku złożenia oświadczenia o rozwiązaniu umowy na podstawie, Strona składająca oświadczenie jest obowiązana zwięźle opisać w oświadczeniu przyczynę rozwiązania umowy.
2. **Udzielający zamówienie** jest uprawniony do rozwiązywania niniejszej umowy z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia także w przypadku, gdy **Przyjmujący zamówienie**:
 - a) będzie wykonywać umowę niezgodnie z obowiązującymi standardami postępowania diagnostycznego i terapeutycznego lub naruszania praw pacjentów,
 - b) będzie nieprawidłowo wykonywać lub nie wykona obowiązków w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej,
 - c) odmowi lub zaprzestanie świadczenia udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.

§ 15

1. **Udzielający zamówienie** będzie dokonywać zapłaty za świadczenia zdrowotne udzielone przez **Przyjmującego zamówienie** z zachowaniem należytej jakości, według cennika zawartego w załączniku do Umowy zatytułowanym: **CENNIK USŁUG**.
2. **Przyjmujący zamówienie** otrzymuje należność z tytułu realizacji przedmiotu Umowy według przedstawionego co miesiąc rachunku/faktury za miesiąc poprzedni – dostarczonego w terminie do 12 dnia miesiąca następnego, po zrealizowaniu wszystkich usług rozliczanego okresu.
3. Okresem rozliczeniowym dla niniejszej umowy, za który **Przyjmujący zamówienie** wystawia rachunek/fakturę, jest miesiąc kalendarzowy.
4. Kolejne okresy rozliczeniowe winny być rozliczane odrębnymi rachunkami/fakturami.
5. **Udzielający zamówienie** dopuszcza możliwość wystawienia i dostarczenia rachunku/faktury przez **Przyjmującego zamówienie** przed zakończeniem miesiąca rozliczeniowego, w którym usługi zostały zrealizowane, jeżeli świadczenie usług w tym miesiącu zostało zakończone.
6. Należności realizowane w oparciu o ust. 2 będą regulowane przelewem na konto **Przyjmującego zamówienie**, w terminie do od momentu przedłożenia **Udzielającemu zamówienie** rachunku/faktury, wraz z dołączonymi **WYKAZAMI WYKONANYCH USŁUG**, według wzorów/-u stanowiących załączniki do Umowy na wskazane przez **Przyjmującego zamówienie** konto.
7. W przypadku przekroczenia przez **Przyjmującego zamówienie** terminu, o którym mowa w ust. 2, **Udzielającego zamówienie** przestaje obowiązywać termin dni od daty złożenia rachunku/faktury u **Udzielającego zamówienie** na realizację rachunku/faktury i w jego miejsce obowiązywać będzie termin 60 dniowy z zachowaniem zasady dokonywania płatności w ostatnich dniach przysługującego **Przyjmującemu zamówienie** terminu.
8. W razie zwłoki w uiszczeniu przez **Udzielającego zamówienie** kwot należności wynikających z umowy, **Przyjmującemu zamówienie** przysługują odsetki w wysokości ustawowej.

§ 16

1. Żadna ze stron nie może ujawnić treści niniejszej umowy osobom trzecim bez zgody obu stron.
2. **Przyjmujący zamówienie** jest obowiązany zachować w ścisłej tajemnicy wszelkie informacje pozyskane w związku z realizowaniem niniejszej umowy, w szczególności informacje o pacjentach **Przyjmującego zamówienie**.
3. Obowiązki określone w niniejszym paragrafie trwają także po zakończeniu obowiązywania niniejszej umowy, a w zakresie obowiązku zachowania tajemnicy informacji o pacjencie, także po śmierci pacjenta.

§ 17

1. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Strony zobowiązują się do zawarcia aneksu zmieniającego zasady wynagradzania **Przyjmującego zamówienie** za wykonywanie niniejszej umowy w przypadku, gdy zmianie ulegnie sposób lub zakres finansowania przez publicznego płatnika świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową. Aneks zmieniający powinien zostać zawarty przed wejściem w życie nowych zasad rozliczeń **Udzielającego zamówienia** z publicznym płatnikiem.

§ 18

W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową stosuje się przepisy *Kodeksu Cywilnego*.

§ 19

Spory mogące wyniknąć z realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez sąd właściwy rzeczowo dla siedziby.

§ 20

Integralną część umowy stanowią załączniki:


- 1) PRZEDMIOT UMOWY,
- 2) ZASADY REALIZACJI USŁUG,
- 3) ZASADY POWIERZENIA, PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH,
- 4) CENNIK USŁUG,
- 5) WZÓR/-Y WYKAZU WYKONANYCH USŁUG.

§ 21

Umowę sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Udzielający zamówienie

Przyjmujący zamówienie

Radca Prawny

Ewelina Jeglikowska

PRZEDMIOT UMOWY

załącznik do umowy nr «NrUmowy» o świadczenie usług medycznych
zawartej pomiędzy:
SZOZnMiD w Poznaniu a
«NazwaFirmy»

Zakres świadczeń udzielanych Pacjentowi Zleceniobiorcy w ramach Umowy Nr «NrUmowy» o świadczenie usług medycznych z zakresu « ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA »:

1. Wykonanie wszystkich czynności fachowych związanych z działalnością **Zespołu** w zakresie « ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA » na terenie **Zespołu**.
2. Znajomość i stosowanie zasad przyjmowania **Pacjenta Zespołu** do leczenia zgodnie z regułami ustalonymi przez **Zespół**.
3. Wybór i uzgodnienie z pacjentem właściwej metody leczenia.
4. Znajomość historii choroby pacjenta **Udzielającego zamówienie**, nad którym sprawuje opiekę.
5. Dokonywanie wpisów do dokumentacji pacjenta **Przyjmującego zamówienie** zgodnie z zasadami obowiązującymi w **Zespole** oraz obowiązującymi przepisami prawa.
6. Przygotowywanie dokumentów koniecznych do rozliczenia leczenia **Pacjenta Zespołu** z Narodowym Funduszem Zdrowia.
7. Niezbędny nadzór nad stanem zdrowia pacjenta **Przyjmującego zamówienie** w trakcie jego pobytu w **Zespole**.
8. Wykonywanie niezbędnych czynności medycznych **Pacjentowi Udzielającego zamówienie**.
9. Kontrola stanu zdrowia **Pacjenta Przyjmującego zamówienie**.
10. Udział w koordynacji działań służb medycznych i administracyjnych **Zespołu** w celu zoptymalizowania jakości procesu leczniczego pacjenta **Przyjmującego zamówienie**.
11. Wykonywanie czynności leczniczych zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej.

Udzielający zamówienie

Przyjmujący zamówienie

Radca Prawny

Ewelina Jeglikowska

WYKAZ WYKONANYCH USŁUG

załącznik do Umowy nr «NrUmowy» o świadczenie usług medycznych
zawartej pomiędzy:
SZOZnMiD w Poznaniu a
«NazwaFirmy»

Wzór

(pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie)

Wykaz wykonanych usług w miesiącu

Dni miesiąca*	Godziny na oddziale	suma godzin na oddziale	Godziny na bloku operacyjnym	suma godzin na bloku operacyjnym
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
Razem				

*) soboty, niedziele i inne dni świąteczne wyróżnić kolorem czerwonym

Łączna liczba godzin świadczenia usług -

Zatwierdzam

.....
(podpis i pieczęć Kierownika Miejsca Świadczenia Usług)

Udzielający zamówienie

Przyjmujący zamówienie

Radca Prawny

Ewelina Jędrzejewska

WYKAZ WYKONANYCH USŁUG GOTOWOŚCI

załącznik do Umowy nr «NrUmowy» o świadczenie usług medycznych
zawartej pomiędzy:
SZOZnMiD w Poznaniu a
«NazwaFirmy»

Wzór

(pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie)

Wykaz wykonanych usług gotowości w miesiącu

<i>Dni miesiąca*</i>	<i>Godziny gotowości (od-do)</i>	<i>Liczba godzin gotowości</i>
1	4	5
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
Razem		

*) soboty, niedziele i inne dni świąteczne wyróżnić kolorem czerwonym

Liczba godzin gotowości do realizacji usług pod telefonem -

Zatwierdzam

.....
(podpis i pieczęć Kierownika Miejsca Świadczenia Usług)

Udzielający zamówienie

Przyjmujący zamówienie

ZASADY POWIERZENIA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
załącznik do umowy nr «NrUmowy» o świadczenie usług medycznych
zawartej pomiędzy:
SZOZnMiD w Poznaniu a
«NazwaFirmy»

Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych

§1

Powierzenie przetwarzania danych osobowych

Strony postanawiają, że w celu spełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa, a w szczególności przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.), zwanej dalej „Ustawą”, Udzielający zamówienie będący Administratorem Danych Osobowych powierza Przyjmującemu zamówienie do przetwarzania dane osobowe w zakresie wynikającym z realizacji Umowy, znajdujące się w zbiorach danych tj. dokumentacji medycznej Pacjenta Przyjmującego zamówienie w zakresie: imię i nazwisko, PESEL, data urodzenia, rozpoznane choroby, wyniki badań diagnostycznych, przebieg leczenia.

§2

Oświadczenia Stron

1. Udzielający zamówienie oświadcza, że jest Administratorem Danych Osobowych w rozumieniu Ustawy w szczególności danych powierzonych do przetwarzania na podstawie art. 27 ust. 2 pkt 7 Ustawy.
2. Udzielający zamówienia oświadcza, że powierzone Przyjmującemu zamówienie do przetwarzania dane osobowe przetwarza na podstawie art. 27 ust. 2 pkt 7 Ustawy.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zobowiązuje się do wykorzystania danych osobowych wyłącznie w zakresie i celu niezbędnym do realizacji obowiązków wynikających z łączącej Strony Umowy.

§3

Zakres i cel przetwarzania danych

Powierzone przez Udzielającego zamówienie dane osobowe będą przetwarzane przez Przyjmującego zamówienie wyłącznie w celu wykonywania przez Przyjmującego zamówienie na rzecz Udzielającego zamówienie usług szczegółowo opisanych w niniejszej Umowie i w zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu Umowy.

§4

Sposób wykonania Umowy w zakresie przetwarzania danych osobowych

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zobowiązuje się przetwarzać powierzone do przetwarzania dane osobowe wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do realizacji postanowień Umowy oraz zgodnie z Ustawą oraz z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą. W szczególności Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się, przy przetwarzaniu danych osobowych do ich zabezpieczenia poprzez podjęcie środków technicznych i organizacyjnych, przewidzianych w Ustawie oraz obowiązujących do niej aktów wykonawczych oraz innych przepisów prawa powszechnie obowiązującego.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z realizacją niniejszej Umowy. Do zachowania tajemnicy zobowiązany jest również po śmierci pacjenta.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się nie powierzać powierzonych mu do przetwarzania danych osobowych podmiotom trzecim bez pisemnej zgody Udzielającego zamówienie.

4. Przyjmujący zamówienie obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić Udzielającego zamówienie na piśmie, o:
 - 1) każdym nieupoważnionym dostępie do danych osobowych,
 - 2) każdym żądaniu otrzymanym od osoby, której dane przetwarza, powstrzymując się jednocześnie od odpowiedzi na żądanie.

§5

Prawo kontroli

1. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo kontroli właściwego przetwarzania przez Przyjmującego zamówienie powierzonych danych osobowych, pod względem zgodności przetwarzania z niniejszą Umową oraz zgodności przetwarzania danych z przepisami prawa powszechnie obowiązującego. Udzielający zamówienie zobowiązuje się poinformować Przyjmującego zamówienie 2 dni przed rozpoczęciem kontroli o planowanym, terminie sprawdzenia poprawności prowadzenia dokumentacji medycznej i przetwarzania danych osobowych.
2. Z czynności kontrolnych przedstawiciel Udzielającego zamówienie sporządza się protokół, który podpisują i otrzymują przedstawiciele obu Stron. Przyjmujący zamówienie może wnieść zastrzeżenia do protokołu w ciągu 5 dni roboczych od daty jego podpisania przez Strony.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się dostosować do zaleceń pokontrolnych mających na celu usunięcie uchybień i poprawę bezpieczeństwa przetwarzania powierzonych danych osobowych.
4. Niezależnie od uprawnień wskazanych w ust. 1-3 niniejszego paragrafu, Przyjmujący zamówienie na każdy pisemny wniosek Udzielającego zamówienie zobowiązany jest do udzielenia pisemnej informacji dotyczących przetwarzania powierzonych mu danych osobowych w terminie 14 dni, od dnia otrzymania wniosku Udzielającego zamówienie.
5. Przyjmujący zamówienie obowiązany jest do informowania Udzielającego zamówienie o incydentach naruszających bezpieczeństwo powierzonych do przetwarzania zgodnie z umową, danych osobowych.

§6

Odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie

1. Każda ze Stron odpowiada za szkody wyrządzone drugiej Stronie oraz osobom trzecim w związku z wykonywaniem niniejszej umowy, w szczególności zgodnie z przepisami Kodeksu Cywilnego, przepisami Ustawy oraz zgodnie z postanowieniami niniejszej umowy.
2. W celu uniknięcia wątpliwości Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za własne działania i zaniechania.
3. Przyjmujący zamówienie jest odpowiedzialny za udostępnienie lub wykorzystanie danych osobowych niezgodnie z niniejszą Umową, a w szczególności za udostępnienie osobom nieupoważnionym.
4. W przypadku naruszenia przepisów Ustawy lub niniejszej Umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie, w następstwie, czego Udzielający zamówienie, jako administrator danych osobowych zostanie zobowiązany do wypłaty odszkodowania lub zostanie ukarany karą grzywny, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się pokryć Udzielającemu zamówienie poniesione z tego tytułu straty i koszty.

§7

Postanowienia końcowe

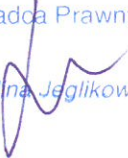
1. W każdym przypadku zakończenia współpracy, Przyjmujący zamówienie niezwłocznie zobowiązany jest zwrócić i usunąć wszelkie dane osobowe, których przetwarzanie zostało mu powierzone, w tym skutecznie usunąć je również z nośników elektronicznych pozostających w jego dyspozycji i potwierdzić powyższe przekazaniem Udzielającemu zamówienie protokołem. Przed wykasowaniem danych, Przyjmujący zamówienie obowiązany jest przekazać dokumentację medyczną, która zgodnie z obowiązującymi przepisami podlega archiwizacji (przez okres 20 lat, lub 22 lat w przypadku dzieci poniżej 2 roku życia, licząc od

końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu), Udzielającemu zamówienie, w ustalonej formie. Powyższe zobowiązania dotyczą również osób trzecich, o których mowa w §4 ust. 7, którym Przyjmujący zamówienie powierzył przetwarzanie danych za zgodą Udzielającego zamówienie.

2. Realizacja powyższych postanowień nie może powodować zakłócenia udzielania świadczeń zdrowotnych w szczególności w zakresie zapewnienia bez zbędnej zwłoki dostępu do danych zawartych w dokumentacji medycznej.

Udzielający zamówienie

Przyjmujący zamówienie

Radca Prawny

Ewelina Jeglikowska

ZASADY REALIZACJI USŁUG
załącznik do umowy nr «NrUmowy» o świadczenie usług medycznych
zawartej pomiędzy:
SZOZnMiD w Poznaniu a
«NazwaFirmy»

Strony postanawiają wprowadzić następujące zasady szczegółowe:

Zasady ogólne:

- 1) Ilość realizowanych w ramach niniejszej umowy usług, za wykonanie których **Udzielający zamówienie** zobowiązuje się zapłacić **Przyjmującemu zamówienie**, może być ograniczona limitami - w przypadku ustalenia limitów umowa zawiera dodatkowy załącznik zatytułowany WYKAZ LIMITÓW,
- 2) **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się uzgadniać czynności wykonywane na podstawie niniejszej umowy z **Koordynatorem Miejsca Świadczenia Usług**,
- 3) Usługi, których realizacja odbywa się w ostatnim dniu danego miesiąca i w sposób nieprzerwany kontynuowana jest w pierwszym dniu miesiąca następnego zaliczyć należy do miesiąca, w którym ich realizacja została rozpoczęta,
- 4) Usługi, o których mowa w pkt. 3) wchodzą w limit miesiąca, do którego zostały zaliczone.
- 5) Strony ustalają, że usługi „Godzina świadczenia usług w postaci gotowości pod telefonem opierają się na następujących zasadach:
 - a) usługi wykonane na wezwanie telefoniczne w trakcie świadczenia usług w postaci gotowości wynagradzane są wg stawek zawartych w CENNIKU USŁUG, w pozycji 2.

Udzielający zamówienie

Przyjmujący zamówienie

CENNIK USŁUG

załącznik do umowy nr «NrUmowy» o świadczenie usług medycznych
zawartej pomiędzy:
SZOZnMiD w Poznaniu a
«NazwaFirmy»

LP	Nazwa usługi	Stawka
1	Godzina świadczenia usług w dni robocze	.....zł
2	Godzina świadczenia usługi w postaci gotowości pod telefonem	.....zł

Uwaga: Wszystkie ewentualne limity ograniczające ilość wykonywanych usług wymienionych w powyższym cenniku, o ile zostały określone, znajdować się powinny w załączniku do Umowy zatytułowanym Wykaz Limitów

Udzielający zamówienie

Przyjmujący zamówienie

Radca Prawny

Ewelina Jaglikowska